

●申請書はクリップで留めてください。ホチキス留めは不可。
●A4片面で印刷ください。

健康保険 移送費 支給申請書

被保険者(申請者)記入用

被保険者(申請者)情報	記号	番号	事業所名(会社名)
	被保険者等 記号・番号 (右づめ)		
	氏名 (フリガナ)		被保険者生年月日 昭和 平成 令和 年 月 日
住所	(〒 -)	都 道 府 県	
電話番号 (日中の連絡先)	TEL ()		

振込先指定口座(申請者又は代理人)	<input checked="" type="checkbox"/> 公金受取口座を利用する場合は右記チェックボックスに☑ 公金受取口座を利用します <input type="checkbox"/> <small>注) 口座情報の反映には登録から数日を要します。マイナポータル等で事前登録が完了していることをご確認ください。また、受取代理人を指定する場合は、公金受取口座を利用できません。</small>		
	<input type="checkbox"/> 公金受取口座を利用しない場合は下記の欄に振込先口座をご記入ください。		
	金融機関名称	<input type="checkbox"/> 銀行 <input type="checkbox"/> 金庫 <input type="checkbox"/> 信組 <input type="checkbox"/> 農協 <input type="checkbox"/> 漁協 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 本店 <input type="checkbox"/> 支店 <input type="checkbox"/> 出張所 <input type="checkbox"/> 本所 <input type="checkbox"/> 支所
預金種別	<input type="checkbox"/> 1. 普通 <input type="checkbox"/> 2. 当座	口座番号(右づめ)	
口座名義	<small>▼カタカナ(姓と名の間は1マス空けてご記入ください。濁点(°)、半濁点(°)は1字としてご記入ください。)</small>		口座名義の区分 <input type="checkbox"/> 1. 申請者 <input type="checkbox"/> 2. 代理人 <small>2の場合は下欄を記入</small>

受取代理人の欄	被保険者(申請者)	本申請に基づく給付金に関する受領を下記の代理人に委任します。	令和 年 月 日
	代理人(口座名義人)	住所	住所 「被保険者(申請者)情報」の住所と同じ
	氏名	(〒 -) TEL ()	委任者と代理人との関係

「申請者・療養担当者記入用」は2ページに続きます。>>>

<備考>
※被保険者等記号・番号に代えてマイナンバーにより申請を希望する場合は健保組合までご相談ください。

(R6.12)
受付日付印

社会保険労務士の提出代行者名記載欄

健康保険 移送費 支給申請書

1

2

被保険者(申請者)・療養担当者記入用

被保険者氏名

申請内容	受診者	<input type="checkbox"/>	1. 被保険者 2. 家族(被扶養者)		
	家族の場合はその方の	氏名	続柄	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日
	傷病名				
	発病または負傷の原因				
	発病または負傷の年月日	令和	年	月	日
	移送経路				
	移送方法				
	移送年月日	令和	年	月	日
	付添人の有無 及びその住所	<input type="checkbox"/> 有 (氏名)・ <input type="checkbox"/> 無 〒 -			
	移送に要した費用の額	円			
第三者行為によるものですか	<input type="checkbox"/>	1. はい 2. いいえ			
第三者行為によるときは、 第三者の氏名 及びその住所	氏名	〒 -			

医師・ 歯科医師記入欄	移送を必要と認めた理由				
	付添を必要と認めた理由				
	移送経路				
	移送方法				
	移送年月日	令和	年	月	日
	上記のとおり相違ありません。	令和	年	月	日
医療機関の所在地					
医療機関の名称					
医師の氏名	TEL	()			